Beiträge zur Frage

nach

Verlauf und Ausgang der Katatonie.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

VORGELEGT EINER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

ZU

FREIBURG IM BREISGAU

VON

FELIX STERN

AUS GLOGAU.

ACAD. LUDWIGS-UNIV. FREIBURG

Berlin 1909.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke)

Linienstr. 158.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät zu Freiburg i. Br.

Referent: Prof. Dr. Hoche.

Dekan: Prof. Dr. Straub.

Meinem Onkel

Medizinalrat Dr. A. Leppmann

in Dankbarkeit und Verehrung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543127_0048

Nach dem langjährigen Streit über das Wesen und die Bedeutung der Katatonie hat sich in den letzten Jahren eine zunehmende Einheit der Anschauungen darin gefunden, daß man die Katatonie als eine besondere Verlaufsform in der großen Krankheitsgruppe der Dementia praecox betrachtet. Die grundlegenden Arbeiten hierzu verdanken wir Aschaffenburg (1) und Kraepelin (2). Letzterer Forscher vereinigte Hebephrenie, Katatonie und gewisse paranoide Formen zur Dementia praecox, nachdem schon vorher Aschaffenburg die Wesensverwandtschaft von Hebephrenie und Katatonie in fließenden Übergängen zwischen beiden Erkrankungen, besonders auch in den durch dieselbe typisch ausgezeichnete geistige Schwäche sich gleichenden Endzuständen gefunden hatte.

Wir haben danach als Katatonie diejenigen der Dementia praecox zuzurechnenden Krankheitsfälle zu bezeichnen, welche in der Form des Stupors oder der Erregung auftreten und die sogen. katatonen Symptome: Negativismus, Impulsivität und Verschrobenheit, Stereotypie und Suggestibilität in Ausdrucksbewegungen und Handlungen zeigen. (Vergl. Kraepelin, Lehrbuch.)

Erschwert wird nun die Diagnose dadurch, daß katatone Symptome, selbst in gehäufter Zahl, auch bei andern Krankheiten, z. B. Idiotie, Epilepsie, Hysterie, Paralyse [vergl. Jahrmärker (3)], besonders

auch dem manisch-depressiven Irresein vorkommen [Wilmanns (4)]. Eine Unterscheidung ist besonders gegenüber den Mischformen des manisch-depressiven Irreseins oft erst nach langer Beobachtung möglich [Thomsen (5)].

In den Anschauungen über den Ausgang der Katatonie hat sich dadurch ein gewisser Wandel vollzogen, daß man gegenüber der vorausgesetzten Verblödung auch zahlreiche Fälle sah, welche zwar völlig im Sinne der Dementia praecox catatonica verliefen, so daß sie wenigstens vorläufig nicht abgetrennt werden können, und doch nach Beendigung des Krankheitsfalles entweder gar keinen Defekt oder nur eine geringe geistige Veränderung, geringe gemütliche Abstumpfung, Verringerung der Willenskraft etc., zeigten.

Die Häufigkeit der Heilung bei Katatonie wird von Kraepelin mit 13 Proz., Raecke (6) 16 Proz., E. Meyer (7) ca. 20 Proz. angegeben, während Bleuler (8) und Aschaffenburg niemals totale Heilung gesehen haben. Die Prognose des gesamten Gebietes der Dementia praecox ist genauer auf der letzten Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (Berlin 1908) behandelt worden. Die Beziehungen der Heredität sowie der Krankheitssymptome, der Art des Krankheitbeginnes, des geistigen und körperlichen Zustandes der Kranken, der veranlassenden Ursachen zum Ausgang wurden ferner in letzter Zeit genauer von Wolfsohn (9) und Zablocka (10) untersucht.

Bei der noch heut bisweilen bestehenden Schwierigkeit, die Diagnose der Katatonie schon im Anfang zu stellen, bei der Schwierigkeit ferner, die Schwere des Endzustandes einigermaßen genau vorauszusehen, und bei den verschiedenen Ergebnissen über den Aus-

gang und die Heilbarkeit der Katatonie ist eine möglichst zahlreiche systematische Beobachtung von Krankheitsfällen in ihrem ganzen Verlauf erwünscht. Unter diesen Gesichtspunkten sind in der vorliegenden Arbeit an der Hand von Krankengeschichten eine Reihe von Fällen untersucht worden, welche in der psych. Klinik zu Freiburg aufgenommen und mit der Diagnose Katatonie zur weiteren Beobachtung der Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen überwiesen wurden, und zwar wurden die Aufnahmen von 5 Jahren — 1903 bis 1907 — geprüft, während die 1908 aufgenommenen Fälle nicht mehr berücksichtigt wurden, um wenigstens ein Jahr lang dauernde Beobachtung zu ermöglichen. Dadurch, daß in Emmendingen die Kranken lange Zeit, so lange sie überhaupt anstaltsbedürftig sind, verweilen, war eine längere Beobachtung ermöglicht. Weitere katamnestische Befunde wurden durch Briefe von Angehörigen und Behörden erzielt, welche trotz ihrer häufigen Ungenauigkeit und Laienhaftigkeit doch manche wertvolle Auskunft, z. B. über Arbeitsfähigkeit, boten. Im allgemeinen erstrecken sich die erhobenen Katamnesen auf ein Jahr nach der Entlassung, in einigen Fällen auch noch längere Zeit.

Vor der speziellen Besprechung der einzelnen Fälle muß noch eine Bemerkung über die Bewertung der später erfolgenden Angaben über den Ausgang gemacht werden. Auch in den günstig verlaufenden Fällen wird man niemals von endgültiger Heilung der Krankheit sprechen können. Denn selbst nach jahrzehntelanger Ruhe kann ein neuer Rückfall erfolgen [Kraepelin (2)]. Bleuler (8) betont, daß ein definitiver Endzustand der Dementia praecox nicht zu existieren scheint. Unbeschadet späterer eventueller Krankheitsschübe, welche niemals weder vorausgesehen

noch in Abrede gestellt werden können, haben also die Angaben nur für den abgeschlossenen jeweiligen Krankheitsanfall zu gelten.

Nach Abzug einiger ungeeigneter Fälle, bei denen aus den Krankengeschichten eindeutige Resultate nicht gewonnen werden konnten, blieben 75 Fälle zur Untersuchung übrig, und zwar 49 Frauen und 26 Männer.

Während die meisten Fälle durch ihren Ausgang in typische Demenz die anfänglich gestellte Diagnose bestätigten, aber auch die günstig verlaufenden durchaus den Verlauf der Katatonie boten, sonderten sich vier Fälle trotz katatoner Symptome durch einen andersgearteten Krankheitsverlauf derartig ab, daß man sie wohl von der Katatonie abtrennen und dem manisch-depressiven Irresein zurechnen muß.

Zur Begründung mag eine kurze Skizzierung des Krankheitsverlaufes erfolgen.

1. M. D., geboren 1871, aus unbelasteter Familie stammend, wurde am 5. X. 05 in die Klinik aufgenommen. Er war normal veranlagt, erlernte aber später keinen Beruf völlig und wechselte öfter im Beruf. Er erkrankte an akuter „Erregung“, bat selbst um Aufnahme in die Klinik und erzählte in konfuser Weise von Vergiftungs- und Versündigungsideen, bezichtigte sich eines Mordes und hörte drohende Stimmen. Orientierung mangelhaft. Vorübergehend Katalepsie. Später große Angst, tentamen suicidii.

Nach Emmendingen am 18. V. 1906 übergeführt, zeigte er bei der Aufnahme ein anscheinend automatenhaft-stumpfes Wesen bei leichter Hemmung. Im weiteren Verlauf besteht dauernder Wechsel zwischen depressiven und Erregungszuständen;

jäher, unvermittelter Wechsel der Phasen. Die depressiven Zustände sind ausgezeichnet durch schwere Hemmung, ängstlich-gespannten Gesichtsausdruck, stereotype Haltungen, Mutazismus, beängstigende Halluzinationen; bisweilen macht er im Zustand der Hemmung auch einen gleichgültig-stumpfen Eindruck. Zu Zeiten der Erregung ist er dagegen ausgesprochen hypomanisch: Ausgesprochene heitere Stimmungslage, Lachen und Scherze, Bewegungsdrang, viel Verkehr mit andern Patienten, Kartenspielen und Ziehharmonika. Besondere Gedankenarmut oder Schwäche der Urteilsbildung sind in solchen Phasen bis heute ($3^1/_4$ J. nach Ausbruch der Krankheit) nicht vorhanden.

Das Bemerkenswerte an diesem Falle ist, daß auch heute noch in den depressiven, stupeszenten Phasen der Krankheit die sichere Erkennung infolge der durch Hemmung vorgetäuschten Stumpfheit bisweilen unmöglich ist; dagegen ergibt sich die Diagnose aus dem jetzt typisch manischen Charakter der Erregungszustände.

2. Der 1876 geborene, ledige Landwirt J. E. stammt aus schwer belasteter Familie. Der Vater litt an „melancholischer Verstimmung", eine Vatersschwester an Verfolgungswahn, eine Schwester an periodischer Melancholie, eine andere an Hysterie. Sämtliche Geschwister sollen nervös sein.

Er selbst soll normal veranlagt und sparsam gewesen sein, erkrankte angeblich aus „Kummer über Geschäftsverluste" Ende Oktober 1905 mit Schlaflosigkeit, Unruhe, Trauer. Später war er unmotiviert heiter, es bestand Beschäftigungsdrang, Zornausbrüche, Größenideen, er machte unsinnige Einkäufe, törichte Reisen.

In der Klinik war er heiter, sprach sehr viel, Andeutung von Ideenflucht (kommt bei Erzählungen vom Hundertsten ins Tausendste), renommiert, Personenverkennung, unendlich viel Manieren.

Der weitere Krankheitsverlauf bot trotz zahlreicher auch hier vorhandener katatoner Manieren und Absurditäten im wesentlichen das Krankheitsbild der Manie; insbesondere war der Affekt stets lebhaft, meist heiter; bisweilen zornig. Zornanfälle wurden durch äußere Einfälle ausgelöst, im übrigen ergeht er sich „lärmvoll in Späßchen und Betrachtungen". Kein Negativismus: Fügsam bei der Untersuchung, wenn er auch viel dazwischen brüllt und lacht. Äußerer Assoziationsmodus. Zerfahrene Sätze; aber örtlich und zeitlich leidlich orientiert.

Nach langer Erregung trat ziemlich akut Beruhigung ein. In bezug auf die Höhe des Anfalls zeigte er teilweise Amnesie; im übrigen bot er keine Ausfallserscheinungen, weder im Affekt noch im Intellekt; allerdings keine klare Krankheitseinsicht. Er wurde am 13. V. 06 entlassen und ist nach den katamnestischen Erhebungen bisher gesund geblieben.

Trotzdem das katatone Symptom der Maniertheit lange Zeit in hervorragendem Maße bestand (auch hier noch erfolgten lange Zeit hindurch ganz absurde Handlungen, z. B. Urinieren ins Taschentuch, um sich die Zähne zu putzen), ist bei dem immer lebhaft ausgesprochenen Affekt, dem Anknüpfen an äußere Gegenstände, dem Fehlen von Negativismus der Fall jetzt als manisch-depressives Irresein (manischer Anfall nach anfänglicher depressiver Verstimmung) zu deuten. Dementsprechend erfolgte auch schnell einsetzende defektfreie Heilung; das Fehlen rechter

Krankheitseinsicht werden wir dabei in diesem Falle, wo es sich um einen Verwirrtheitszustand (Personenverkennung) mit späterer partieller Amnesie handelt, nicht zu hoch bewerten dürfen.

Ein dritter Fall, welcher trotz gehäuften Auftretens katatoner Symptome während längerer Zeit heut doch dem manisch-depressiven Irresein beizurechnen ist, ist folgender:

3. Der aus unbelasteter Familie stammende, 1863 geborene, ledige Schuhmacher J. S., der normal entwickelt und früher nie krank gewesen sein soll, wurde am 11. I. 06 erstmalig in die psych. Klinik Freiburg wegen eines Erregungszustandes mit Gewalttätigkeit und zeitweiliger Angst aufgenommen. Er war in den ersten Tagen noch ganz verwirrt, erregt, inkohärent, nicht zu fixieren. Später ausgesprochene Echopraxie Stereotypie in Sprache und Bewegungen, maniriertes Benehmen.

Er wurde gebessert entlassen, war draußen ruhig und fleißig, zeigte aber oft auffällige Ideen, war oft verstimmt.

Plötzlich (28. X. 06) trat eine neue Erregung mit Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen, Verwirrtheit und Gewalttätigkeiten auf. Er bot in der Klinik anfangs Andeutung von Ideenflucht, lautes inkohärentes Schreien und Schimpfen, war nicht zu fixieren. Langsam eintretende Beruhigung mit katatonen Symptomen, starkem Grimassieren, bizarrer Körperhaltung, Stereotypieen, Maniriertheit.

In Emmendingen bietet er in gleichbleibender Weise wechselnde Zustände von lange dauernder Ruhe und kurzen schweren Erregungszuständen (einmal entlassen, wurde er nach 3 Tagen wegen

erneuter Erregung eingeliefert). Die Erregungszustände, welche gänzlich unmotiviert allmählich eintreten, sind ausgezeichnet durch Wortverwirrtheit, bisweilen schwere totale Verwirrtheit, motorische Unruhe, zornigen Affekt oder euphorisch-megalomane Stimmung mit Schwadronieren und Bramarbasieren, Andeutung von Ideenflucht, Unfixierbarkeit.

Nach Abklingen der jeweiligen Erregung ist Pat., obwohl er auch hier schon eine ganze Reihe schwerer Erregungen durchgemacht hat, ein ruhiger, fleißiger und tüchtiger Arbeiter, ohne Ausfallserscheinungen, voll Krankheitseinsicht.

Die Abtrennung von der Katatonie ergibt sich aus dem durchaus benignen Charakter der Krankheit; trotz zahlreicher Anfälle jedesmal schnelle restitutio ad integrum. Bemerkenswert ist auch hier, daß stets der Affekt während der Erregung ein ausgesprochener war, ferner daß in diesem Falle wie in Fall 2 Ideenflucht während der Erregung besteht. Negativismus, Unfixierbarkeit und Unzugänglichkeit des Pat., besteht in der Erregung nur bei gleichzeitiger Verwirrtheit. Sinnestäuschungen, besonders Phoneme, traten in diesem Falle wie in Fall 1 im Beginne des Mischzustandes der depressiven Erregung stärker hervor. Wenn das Auftreten zahlreicher Halluzinationen in zweifelhaften Fällen auch mehr für Katatonie spricht [Kraepelin (2)], können dieselben, wie wir sehen, doch auch im manisch-depressiven Irresein eine bedeutendere Rolle spielen.

4. In dem vierten Falle handelte es sich um einen allmählich entstandenen Depressionszustand mit motorischer Unruhe, bei welchem sich die Diagnose Katatonie aus Affektstumpfheit und stereotypem Vorsichhinjammern zu ergeben schien.

Dieser Kranke zeigte hier keinen Negativismus; bei größerer Besonnenheit, nach allmählichem Schwinden der psychischen Hemmung, bestand noch ausgesprochene trübe, gedrückte Stimmung. Auf dem Umwege über ein leichtes Erregungsstadium mit Euthymie und Bewegungsdrang trat Heilung ohne deutliche Ausfallserscheinungen ein (Krankheitsdauer 7 Monate). Auch nach der Entlassung verhielt sich Patient gut.

Es handelte sich hier demnach anscheinend um das Bestehen eines manisch-depressiven Mischzustandes, ängstliche motorische Erregung mit psychischer Hemmung, bei der dann die anscheinende Stumpfheit auf Hemmung zurückgeführt werden kann, ebenso die Stereotypie im Jammern nur der „Ausdruck der ängstlichen Gemütsbewegung war, welche stets dieselben Vorstellungen erzeugt". [Thomsen (5).]

Die gemeinsamen katatonen Symptome bei diesen vier Kranken bestanden also hauptsächlich in Befehlsautomatie (Katalepsie, Echopraxie), Stereotypieen und Manieren. Negativismus bestand in einem Falle nur bei gleichzeitiger Verwirrtheit, Affektstumpfheit schien in zwei Fällen (1 und 4) zeitweilig vorhanden zu sein, ist aber beidemal als Hemmungssymptom im depressiven Stadium aufzufassen. Bei Lösung der Hemmung schwand hier prompt die Stumpfheit, beim Eintritt der Besonnenheit der Negativismus. Im Gegensatz dazu pflegte in der Mehrzahl auch der günstig verlaufenden Fälle von Katatonie, welche hier untersucht wurden, gerade Negativismus und Affektstumpfheit bei erhaltener oder wiedererlangter Besonnenheit viel länger anzuhalten und mehr allmählich einer freieren, lebhafteren Stimmung Platz zu machen.

Es werden demnach manisch-depressive Erkrankungen, besonders Mischformen mit katatonen Stigmen, auch heute noch bisweilen erst nach längerer Beobachtung erkannt werden können. In zweifelhaften Fällen wird man nach Eintritt von Ruhe und Besonnenheit ein eindeutiges Resultat aus dem schnellen Wiederauftreten des Affektes, aus dem Fehlen von Negativismus gewinnen können, auch werden bisweilen, wie Wilmanns (4) betont hat, rein manische oder depressive Phasen (cf. Fall 1) differentialdiagnostisch bewertet werden können.

Von den übrigen 71 Fällen, welche, wie oben gesagt, auch weiterhin im Bilde der Katatonie verliefen, konnten 39 entlassen werden. Von diesen konnten nach unseren Erkundigungen 35 außerhalb der Anstalt belassen werden. Dagegen mußte eine Kranke, welche in stumpf-dementem Zustande von hier nach 2½monatlichem Aufenthalt entlassen wurde, nach zweijährigem ruhigen Intervall der Klinik wieder zugeführt werden. Drei Kranke wurden wieder in die hiesige Anstalt aufgenommen. Der eine, welcher einen kataton-halluzinatorischen Anfall durchgemacht hatte und mit leichtem Defekt entlassen war, erkrankte nach 5 Monaten an erneuter akuter Halluzinose; der zweite, welcher nach einem länger dauernden substuporösen Anfall mit Negativismus und Stereotypien eine leichte Verblödung zurückbehalten hatte, arbeitete anfangs, mußte aber nach 11 Monaten wegen zunehmender Stumpfheit und Verwahrlosung wieder eingeliefert werden. Eine dritte Kranke, welche in ruhiger Demenz entlassen war, erkrankte nach einem Jahr im Puerperium von neuem an katatoner Erregung. Der jetzige Zustand dieser Kranken wird weiter unten besprochen werden.

Der Anstaltsaufenthalt der übrigen 35 Entlassenen dauerte (nach durchschnittlich 3—6monatlichem klinischen Aufenthalt) hier folgende Zeit:

1	Monat		bei	2	Kranken
1½	-		-	1	-
2	-		-	3	-
3	-		-	2	-
4	-		-	5	-
5	-		-	5	-
6—9	-		-	3	-
9—10	-		-	2	-
11	-		-	1	-
1	Jahr		-	3	-
1¼	-		-	5	-
1½	-		-	1	-
2	-	7 Monate	-	1	-

Letzterer Kranker, welcher allmählich mit Unruhe, absurden Handlungen und zahlreichen Wahnideen erkrankt war, dann einen langdauernden typisch katatonen impulsiven Erregungszustand durchgemacht hatte, war nach Abklingen der Erregung ruhig, ohne deutliche Ausfallserscheinungen, aber mit wenig Krankheitseinsicht, entlassen; er arbeitet jetzt regelmäßig in einer Fabrik.

Die kurze Dauer des Anstaltsaufenthaltes einiger Fälle (1—2 Monate) ist teilweise die Folge einer auffallend schnell erfolgenden „Versetzungsbesserung", teilweise aber wohl auch auf die große Überfüllung, welche in Emmendingen herrscht, zurückzuführen.

Der Abgangsbefund stellte sich folgendermaßen:

1. Geheilt entlassen . . . . . 2 Fälle,
2. Fast geheilt entlassen . . . . . 7 „
3. In leichter Demenz entlassen . . . . 10 „

4. In mittlerer Demenz entlassen . . . . 6 Fälle,
5. In schwerer „ „ . . . . 7 „
6. Krankheitsschub noch nicht beendet . . 3 „

1. Die beiden geheilt entlassenen Kranken zeigten keine nachweisbaren Ausfallserscheinungen auf intellektuellem oder affektivem Gebiete und hatten Krankheitseinsicht. Beide Fälle verliefen durchaus im Bilde der Katatonie. Die eine Kranke hatte einen typisch negativistisch-impulsiven Erregungszustand durchgemacht, war danach noch eine Zeitlang faseligzerfahren, monoton im Affekt, hatte Manieren und Grimassen; der Krankheitsverlauf des anderen Falles (läppische Erregung) wird nachher noch genauer beschrieben werden. Der Zustand dieser beiden Patienten ist bisher — $1^1/_2$ Jahr resp. 5 Monate nach der Entlassung — der gleiche geblieben.

2. Als fast geheilt sollen diejenigen Kranken bezeichnet werden, welche bei der Entlassung zwar auch frei von Ausfallserscheinungen waren, aber nicht die rechte Krankheitseinsicht hatten, oder welche ohne sonstigen auffälligen psychischen Befund ein leicht unfrisches, unfreies Wesen zur Schau trugen. Soziale Genesung, d. h. Wiedererlangung der völligen früheren Arbeitsfähigkeit, können wir auch bei diesen Fällen annehmen, zumal es sich hauptsächlich um mechanisch arbeitende Taglöhner oder Fabrikarbeiter handelt, bei denen höhere geistige Anforderungen nicht gestellt werden.

3. Die Fälle mit leichter Demenz zeigten einen zwar deutlichen, aber relativ geringen, die Arbeitsfähigkeit wenig beeinflussenden Defekt auf gemütlichem Gebiete wie in der Urteilsbildung.

In allen diesen unter Gruppe 2 und 3 zusammengefaßten Fällen waren die katamnestischen Berichte

günstig. Die Kranken waren „ruhig und arbeitsam", nahmen zum Teil ihre früheren Dienststellen wieder ein. Mehrfach läßt sich eine fortschreitende Besserung feststellen. In mehreren Berichten war ausdrücklich bemerkt, daß der Kranke jetzt ganz normal sei, keine Zeichen von Geistesgestörtheit mehr habe usw., doch sind diese Fälle bei der Vorsicht, mit der wir derartige Laienurteile aufnehmen müssen, hier nicht unter den defektfrei Geheilten mitgerechnet worden. Wenn auch die meisten Katamnesen sich nur auf die relativ kurze Zeit eines Jahres erstrecken, wird man doch die wenigstens zeitweilige günstige Wirkung der Versetzung in die Familie nicht verkennen können.

4. Eine schwerere, bald mehr stumpfe, in einigen Fällen auch faselige Verblödung zeigten die Fälle, welche in mittlerer Demenz entlassen wurden, doch waren diese Kranken noch imstande, sich selbst zu besorgen, und waren bei mechanischer Arbeit noch ziemlich brauchbar.

5. Die schweren Verblödungsfälle, meist in einem Zustand von apathischem Blödsinn, welcher Anstaltsbehandlung nicht mehr notwendig machte, wurden in der Gruppe der schweren Demenz zusammengefaßt. Hier war einmal das Vorkommen kurzer periodischer Erregungszustände, ein andermal das Bestehen zahlreicher feststehender Manieren besonders hervorgehoben. Drei Fälle wurden der Kreispflegeanstalt überwiesen. In einem der Fälle (Bericht der Kreispflegeanstalt) war ein deutliches Fortschreiten des geistigen Zerfalls zu konstatieren, die meisten Berichte lauteten auf Gleichbleiben des Zustandes und die Möglichkeit weiterer Belassung außerhalb der Anstalt, nur in einem Falle trat ein Jahr nach der Entlassung neue Erregung auf. In einem Falle scheint

nach der Entlassung noch eine wesentliche Besserung eingetreten zu sein.

6. In 3 Fällen endlich, in welchen die Entlassung auf dringenden Wunsch der Angehörigen erfolgte, war der Krankheitsschub noch nicht beendet, d. h. bei den Kranken, welche einen Stupor durchgemacht hatten, war die Lösung des Stupors noch nicht vollendet. Es bestand noch eine gewisse Hemmung, Mutazismus, Unreinlichkeit, in einem Falle auch Verwirrtheit. Während bei letzterer Kranken der Zustand sich soweit gebessert hat, daß sie Haushalt und Kinder ordentlich besorgt, auch eine Entbindung gut überstanden hat, ist in den beiden anderen Fällen, wie uns genaue Berichte naher Familienangehöriger (Mann resp. Vater) bezeugen, die Besserung andauernd derartig fortgeschritten, daß man wohl völlige Genesung annehmen kann. Da aber eine eingehende sachverständige Untersuchung nicht vorliegt, sollen auch diese beiden Fälle den leichten Defektzuständen beigezählt werden. Besonders bei der einen Patientin war die unerwartete, auffallend schnell erfolgende Besserung nach der Versetzung in die Familie sehr bemerkenswert.

Von den übrigen 35 Kranken, welche entweder nicht entlassen werden konnten oder der Anstalt wieder zugeführt werden mußten, starben bisher 5. Der ungünstige Ausgang wurde durch das psychische Verhalten erheblich beeinflußt. Die Todesursachen waren folgende:

1. Phthisis pulmonum, rasch progredient. Pat. war andauernd negativistisch und abstinent.
2. Akute Miliartuberkulose. — Es bestand hochgradige apathische Demenz.

3. Tuberculosis peritonei, intestini et pleurae. Es bestand zweimonatlicher schwerer Stupor, später typische schwere Demenz.
4. Marasmus (nicht seziert). Pat. war längere Zeit hindurch negativistisch.
5. Phlegmone, Decubitus, Marasmus. — Es bestand schwerer Stupor, dabei außerordentlicher Negativismus. Pat. reißt stets Verband vom kranken Bein.

Diese Ergebnisse bestätigen nur alte Erfahrungen, insbesondere hat auch Kraepelin das häufige Auftreten von Tuberkulose bei den regungslos daliegenden, oberflächlich atmenden Kranken hervorgehoben.

30 Fälle, welche jetzt noch hier weilen, bieten folgenden Befund:

Schwere Demenz	18
Mittlere „	5
Leichte „	2
Krankheitsanfall noch nicht abgeschlossen .	5

Unter den schweren Endzuständen sind 3 hervorzuheben, bei welchen die anfängliche Starre des Stupors (völlige Reaktionslosigkeit, Mutazismus, hart gespannte Muskulatur, Unreinlichkeit usw.) bisher ungelöst blieb, bei welchen auch in freieren Momenten der schwere Defekt ausgesprochen ist und außerdem der Zustand schon so lange besteht (in einem Falle, abgesehen von einigen freieren Zeiten im Anfang, 4¼, in einem anderen fast 3 Jahre), daß ein wesentlicher Rückgang der Erscheinungen zwar nicht ganz auszuschließen, aber doch höchst unwahrscheinlich ist. Die meisten schwer Dementen befinden sich in einem Zustande stumpfer oder faselig-heiterer Verblödung, in welchem sie gleichgültig in den Ecken herumstehen oder

höchstens noch wie Maschinen zu ganz mechanischen Arbeiten herangezogen werden können. In 3 Fällen schwerer und einem Fall mittlerer Demenz treten noch periodisch kurzdauernde Erregtheitszustände auf. Zweimal resultierte eine verworrene Erregtheit mit zeitweiligem Verbigerieren, Grimassieren und Manieren, Zähneknirschen usw., Zerfahrenheit und Unzugänglichkeit, welche jetzt schon jahrelang anhält; öfters scheinen noch Halluzinationen, besonders Akoasmen, vorzukommen [erregte Form der faseligen Verblödung, Kraepelin (2)].

Resumee: Von 60 Fällen, bei welchen der betr. Krankheitsschub jetzt abgeschlossen ist, verblieben:

1. In schwerer Demenz . . . . . 25 = 41,7 Proz.
2. „ mittlerer „ . . . . . 11 = 18,3 „
3. In leichter Demenz oder fast geheilt 22 = 36,7 „
4. Geheilt . . . . . 2 = 3,3 „

Das Ergebnis ist etwas ungünstiger, als andere Beobachtungen ergeben haben, insbesondere ist die Zahl der Heilungen auffallend gering. Die schwereren Formen der Demenz (60 Proz.) entsprechen ungefähr den Kraepelinschen Angaben (59 Proz.), während Zablocka (10) allerdings nur 42 Proz. mittlere und schwere Demenz gefunden hat. Abgesehen davon, daß Zablocka nur den ersten Krankheitsschub berücksichtigt hat, spielt eine wesentliche Rolle dabei wohl die Art des Krankenmaterials, da die Fälle, welche in der klinischen Beobachtung eine kurze Krankheitsdauer versprechen, nicht erst nach Emmendingen überführt werden, und infolgedessen die Zahl der schnell verlaufenden Erregungs- und Stuporzustände, welche eher günstig ausgehen [E. Meyer (7), Zablocka (10)], unter den beobachteten Fällen eine relativ geringere war.

Auch ist zu berücksichtigen, daß die klinische Diagnose Katatonie erst nach meist mehrmonatiger Beobachtungszeit gestellt wurde, und infolgedessen ein großer Teil andersartiger und günstiger verlaufender anfangs kataton erscheinender Krankheitsfälle ausgeschieden werden konnte.

In 7 Fällen handelte es sich bei der letzten Aufnahme in der Klinik, welche zur Überweisung nach Emmendingen führte, um Wiederholungen früherer Krankheitsanfälle. In 4 Fällen handelte es sich um den zweiten Schub: während der erste Anfall geheilt war oder einen leichten Defekt zurückgelassen hatte, war in allen 4 Fällen der jetzige Endzustand erhebliche Demenz; zweimal behielten die Kranken relativ gute Arbeitsfähigkeit bei gleichzeitiger Apathie. Zweimal führte der dritte Krankheitsschub zu schwerer Demenz. Diese Ergebnisse haben bei der Neigung der Rezidive, einen schwereren Defektzustand herbeizuführen, nichts Auffälliges. Bemerkenswert ist dagegen der letzte Fall; es handelt sich um eine Kranke, welche öfter an menstruellen Erregungen litt und deshalb schon zweimal die Klinik aufsuchen mußte. Der dritte Anfall dauerte $6^1/_2$ Monate; die Kranke wurde erheblich gebessert entlassen und ist draußen anscheinend völlig genesen. Der Verdacht liegt nahe, daß es sich hier nicht um echte Katatonie gehandelt hat, doch war der Verlauf wenigstens des letzten Anfalls ein durchaus typischer: Wechsel zwischen negativistischem Stupor und impulsiven Erregungen, Stereotypien, allmähliche Lösung der Sperrung und Zunahme der gemütlichen Regsamkeit, so daß der Fall nicht von der Katatonie abgetrennt werden kann.

Unter den 3 Kranken, welche nach ihrer Entlassung von hier wegen erneuten Krankheitsschubes wieder aufgenommen wurden, ist zweimal der Defekt

ein schwererer geworden. Bei einem Kranken, welcher erneut an halluzinatorischer Erregtheit akut erkrankt war, ist auch der jetzige Defekt gering; es besteht gewisse Krankheitseinsicht.

Den Angaben über Entwicklung und frühere Charaktereigentümlichkeiten der Kranken entnehmen wir, daß in den meisten Fällen die ursprüngliche intellektuelle Veranlagung eine normale, teilweise sogar besonders gute war. Nur in 14 Fällen (20 Proz.) bestand schwache Begabung bis herab zur Imbezillität. Ein gewisser ungünstiger Einfluß auf den Krankheitsverlauf scheint — im Gegensatz zu den Angaben von Zablocka — zu existieren, da achtmal schwere, viermal mittelschwere und nur zweimal leichte Demenz (bei mäßig begabten Schülern) nach Beendigung des Krankheitsschubes zurückblieb. Besonders ausgesprochene Debilität resp. Imbezillität scheinen die Prognose zu verschlechtern (unter 5 Fällen 4 schwere Defektzustände). Möglicherweise war in diesen Fällen die ursprüngliche geistige Schwäche schon die Folge eines sehr früh aufgetretenen Anfalles von Dementia praecox (cf. Kraepelin, Lehrbuch, Imbezillität).

In 19 Fällen ließen sich frühere abnorme Charaktereigenschaften feststellen: Jähzorn, Reizbarkeit, übertriebener Ehrgeiz und Eitelkeit, einseitige Begabungen, Eigensinn usw. Ein ungünstiger Einfluß scheint diesen Eigenschaften nicht zuzukommen, im Gegenteil zeigten auch die geheilten Fälle derartige konstitutionelle Eigenheiten (Eigensinn, leichte, besonders menstruelle, Erregbarkeit).

Bei der Untersuchung des Einflusses von erblicher Belastung auf die Entstehung und den Ausgang der Katatonie wurde das Vorkommen von Psychosen, Neurosen resp. Psychoneurosen (Epilepsie,

schwere Nervosität), Potus und abnormen Charakteren in der gesamten Blutsverwandtschaft des Kranken berücksichtigt. Angaben darüber fanden sich in 53 Fällen. Dabei war Belastung im oben angegebenen Sinne nachweisbar in 40 Fällen = 75,4 Proz. [Wolfsohn (9) 89 Proz., Kraepelin 70 Proz. bei Dementia praecox].

Die Art der Belastung war folgende:

I. Bilaterale Belastung fand sich in 11 Fällen, und zwar im speziellen Falle:

1. Psychosen bei Mutter, Schwester, 2 Vatersneffen.
   Epilepsie bei Vatersbruder.
2. Psychosen bei Vatersbrudersohn, Vatersbrudertochter, Muttersschwester.
   Auffallende Charaktere bei Vater und Geschwistern.
3. Potatorium bei Vater und Mutter.
   Idiotie bei 2 Brüdern.
4. Psychosen bei Muttersvater, Vatersmutter, einem Vetter.
5. Psychosen bei Mutter und einer Schwester.
   Potatorium bei Vater.
6. Psychose bei einer Schwester.
   Epilepsie bei einem Bruder.
   Abnormität bei beiden Eltern (aufgeregt).
7. Psychosen bei Muttersmutter, deren Bruder, Vatersbruder, einem Bruder.
8. Psychosen bei Vater, Muttersschwester, einem Bruder.
9. Psychosen bei Muttersmutter, Vatersbruder.
10. Psychosen bei Vater, einer Schwester.
    Debilität bei Mutter.
11. Psychose bei Muttersmutter.
    Potatorium bei Vater.

II. Direkte Belastung durch Geisteskrankheit bei der Mutter fand sich außerdem in 4 Fällen.

III. In 5 Fällen bestand Potatorium bei Vater oder Mutter, zweimal kombiniert mit Psychosen oder Epilepsie in der weiteren Verwandtschaft.

IV. In 4 Fällen bestand hochgradige Nervosität, Aufgeregtheit der Mutter resp. des Vaters, in einem Falle mit Abnormität von Bruder und Schwester.

V. In 6 weiteren Fällen mehrfaches Auftreten von Psychosen unilateral; viermal Psychose oder Epilepsie bei einem der Geschwister.

VI. In den 7 letzten Fällen war die Belastung eine geringere, bestand hauptsächlich in dem vereinzelten Auftreten von Psychosen in der weiteren Blutsverwandtschaft.

Wenn wir die sub I. und II. rubrizierte Belastung als schwer bezeichnen wollen, ergibt sich folgendes Verhältnis der Belastung zum Ausgang.

A. Von 53 Fällen, bei denen sich Angaben über Heredität fanden, gingen 19 in Heilung oder leichte Demenz aus. Von diesen stammten nur 4 aus unbelasteter Familie, bei 5 Fällen dagegen bestand schwere erbliche Belastung, und zwar war dies:

1. Potatorium beim Vater, Psychose bei Mutter und einer Schwester.
2. Psychosen in der väterlichen und mütterlichen Verwandtschaft, auffallende Charaktere bei Vater und Geschwistern.
3. Potatorium beim Vater, Psychose bei Vaterschwester und einer Schwester.
4. Periodische Geisteskrankheit beim Vater, Psychose bei Bruder und Muttersschwester.
5. Psychose bei Vater und einer Schwester, Debilität bei der Mutter.

Die übrigen 10 Fälle zeigten leichte oder mittelschwere Belastung.

B. Bei ebenfalls 19 Fällen resultierte ein anscheinend irreparabler, schwerer Defektzustand. Von diesen stammen ebenfalls 4 aus unbelasteter Familie, während in 6 Fällen schwere erbliche Belastung bestand. In den übrigen 9 Fällen war die Belastung ganz leicht oder mittelschwer.

C. Von 15 Fällen, bei denen mittelschwere Demenz zurückblieb oder der Krankheitsschub als noch nicht abgeschlossen betrachtet werden muß, waren 5 Fälle nicht, 4 schwer belastet.

Ergebnis: Wenn auch bei dem häufigen Vorkommen von teilweise schwerer erblicher Belastung ein gewisser disponierender Einfluß auf die Entstehung der Katatonie angenommen werden kann, ist doch, wenigstens so wie wir jetzt Belastung fassen, in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Wolfsohn (9) ein Einfluß auf den Verlauf nicht wahrzunehmen. Als bemerkenswert möchte ich nur erwähnen, daß unter den 6 schwer Verblödeten, welche schwer erblich belastet waren, dreimal direkte Belastung durch Geisteskrankheit der Mutter bestand. Ob diese Form der Belastung einen gravierenden Einfluß auf den Verlauf hat, läßt sich freilich bei der Kleinheit des Materials nicht entscheiden.

Über die Art und Dauer des Krankheitsbeginnes waren in 52 Fällen genauere Angaben zu erzielen, und zwar einerseits in 21 Fällen, welche schwer dement wurden, andererseits in 22 Fällen, welche geheilt wurden oder einen leichten Defekt zurückbehielten, ferner in 9 Fällen mit mittlerer Demenz.

Dabei fand sich:

I. Schwer demente Fälle 21.

1. Chronischer Beginn . . 13 mal
2. Subakuter Beginn . . . 5 „
3. Ganz akuter Beginn . . 3 „

Bei dem chronischen Beginn handelte es sich meist um das chronische Auftreten von Wahnideen oder um allmähliche Charakteränderung, in 2 Fällen um langsam progrediente Verblödung. Der subakute Beginn bestand aus ziemlich schnellem Auftreten von Erregung, Halluzinationen und Wahnideen usw. In dem akuten Beginn handelte es sich einmal um akute Verwirrtheit, einmal deliriöse Verwirrtheit bei Pneumonie, einmal katatone Erregung nach einem Alkoholexzeß bei einem Alkoholiker.

II. Günstig ausgehende Fälle 22.

1. Chronischer Beginn . . . 7 mal
2. Subakuter Beginn . . . 9 „
3. Ganz akuter Beginn . . 6 „

In den chronisch beginnenden Fällen handelt es sich um allmählich paranoiden Beginn oder langsame Charakteränderung, zweimal um akutes Aufflackern des Krankheitsprozesses (einmal Halluzinose, einmal hysteriformer Anfall) auf dem Boden chronischer Gemütsveränderung. Im subakuten Beginn handelt es sich um das ziemlich schnelle Auftreten von „halluzinatorischem Wahnsinn“ oder ängstlicher Erregung. Die akuten Anfänge waren plötzlich entstandene typisch impulsive Erregungszustände, in einem Falle akute Halluzinose. Auch der oben erwähnte günstig ausgehende drittmalige Krankheitsschub begann akut.

III. Der Beginn der Fälle, welche in mittelschwere Demenz gerieten, war 4 mal akut, 1 mal sub-

akut, 4mal chronisch paranoid. Einmal setzte die Krankheit akut mit Stupor ein.

Dem von Zablocka (10) angegebenen Befunde, daß die akut beginnenden Krankheiten im allgemeinen einen günstigeren Ausgang versprechen als besonders die mit chronischer Verblödung und chronischen Wahnideen beginnenden, entsprechen im wesentlichen die obigen Ergebnisse ebenso wie den Angaben Raeckes (6), der besonders ungünstig die chronisch paranoischen Formen fand. Immer aber haben wir dabei im Auge zu halten, daß recht häufig auch bei chronisch paranoidem Beginn ein wesentlicher Rückgang der Krankheitserscheinungen eintreten, andrerseits ein akuter Beginn unerwartet schwere Verblödung herbeiziehen kann. Ein Beginn mit Dämmerzuständen, bei denen die Prognose besonders günstig sein soll [Bleuler (8), Zablocka (10)] kam hier nicht zur Beobachtung.

Das klinische Krankheitsbild der untersuchten Fälle zeigte eine große Mannigfaltigkeit. Typische Stupor- oder ausgesprochene Erregungszustände fanden sich nicht häufiger als frühzeitiges Auftreten von apathisch-gleichgültigem Verhalten mit Negativismus bei erhaltener Besonnenheit oder mehr läppischem Wesen mit Manieren und Stereotypien. Relativ selten wurde das Auftreten von katatonen Krampfanfällen beobachtet, nämlich dreimal. Es erschien auch hier von Wichtigkeit, die Beziehungen zwischen den anfänglichen klinischen Symptomen und dem Ausgang des betr. Krankheitsanfalles zu prüfen. In dieser Hinsicht gibt es, wenn sich auch feste Regeln noch nicht aufstellen ließen, doch schon einige wesentliche Kennzeichen. Kraepelin (2) betont, daß die mehr im Bilde akuter Krankheiten verlaufenden schweren Stupor- und Erregungszustände eher günstig ver-

laufen, während sich die Prognose um so mehr trübt, als die den Endzuständen eigentümlichen Symptome, Zerfahrenheit und Urteilsschwäche, sowie gemütliche Verblödung bei erhaltener Besonnenheit auftreten. Raecke (6) fand frühzeitiges starkes Grimassieren von übelster Vorbedeutung, endlich verschlechtern auch chronisch katatone Symptome des Negativismus und der Stereotypie bei erhaltener Besonnenheit die Prognose sehr (E. Meyer). Bleuler (8) unterscheidet primäre und sekundäre Symptome; erstere, besonders die typische Assoziationsstörung (daneben auch gewisse somatische Begleiterscheinungen), haben eine ungünstige Bedeutung und sind wesentlicher Rückbildung unfähig.

An den hier untersuchten Fällen zeigte sich folgender Befund:

A. Unter den 24 Fällen, welche einen günstigen Ausgang nahmen, d. h. entweder geheilt wurden oder einen leichten Defekt zurückbehielten, befanden sich 15, welche entweder im Bilde der impulsiven Erregung verliefen (7) oder einen Stupor, meist mit ausgesprochenem katatonen Symptomenkomplex, durchmachten (5) oder Wechsel von typischem Stupor und impulsiver Erregung boten (3). Die Dauer des Krankheitsanfalles betrug bei einigen Patienten im ganzen nur 5—8 Monate, meist ungefähr ein Jahr, zweimal aber trat nach $1^3/_4$ jähriger Erregung ein allmählicher erheblicher Rückgang der Krankheitserscheinungen ein, einmal endlich ergab sich bei schwerer, typisch impulsiver Erregung mit Manieren und Größenideen nach $2^3/_4$ jähriger Dauer eine Beruhigung mit fast defektfreiem Resultat.

Wir haben nun eine Reihe von Fällen zu betrachten, bei denen trotz jener oben erwähnten als infaust geltenden klinischen Symptome eine uner-

wartete Besserung eintrat. Es war dies erstens bei einer Patientin der Fall, welche chronisch paranoid erkrankt war und von Anfang an sich durch stumpfes interesseloses Wesen bei Orientiertheit und guter Auffassung, durch zahlreiche Halluzinationen (Phoneme) und schwächliche Versündigungs- und Verfolgungsideen auszeichnete. Es stellten sich bei ihr allmählich geordnetes Wesen und gemütliche Regsamkeit so weit wieder her, daß sie von hier nach 4 Monaten in gebessertem, geordnetem und arbeitsfähigem Zustande entlassen werden konnte.

Ferner fanden sich 4 Fälle, bei denen trotz frühzeitigen Auftretens von läppischem Wesen, Zerfahrenheit des Gedankenganges, abenteuerlichen Wahnideen, zahlreichen Manieren und Grimassen bei erhaltener Besonnenheit doch noch ein wesentlicher Rückgang dieser Erscheinungen eintrat und Heilung oder leichte Demenz resultierte.

Diese 4 Fälle hatten folgenden Krankheitsverlauf:

1. R. W., Dienstmagd, wurde im Juli 1906 allmählich bei der Arbeit unbrauchbar, so daß ihr die Stelle gekündigt wurde. Sie trieb sich später mit Bettlern herum, wurde wegen eines Erregungszustandes Nov. 06 in die Klinik aufgenommen. Dort zeigte sie bei guter Orientiertheit, gutem Gedächtnis zahlreiche zerfahren vorgebrachte abenteuerliche Wahnideen, Manieren und Grimassen. Später bestand Affektlosigkeit und Negativismus. Am 3. III. 07 nach Emmendingen überwiesen. Hier besserte sich ihr Zustand allmählich so weit, daß sie nach 7 Monaten mit leichtem Defekt — Interessen, Verkehr mit andern Patienten, Arbeit, geordnete Briefe — entlassen werden konnte. Einziges Krankheitsresiduum: Etwas indifferentes, unfreies Wesen. Zustand

blieb bisher unverändert gut. Regelmäßige Arbeit.

2. E. B. zeigte in der Klinik (aufgenommen 1. III. 07) bei guter Auffassung und Orientierung läppisch-heiteres Wesen: Neigung zum Witzeln, unzusammenhängendes Gefasel, zerfahrene Wahnideen, zerfahrener Gedankengang, Negativismus, später auch zahlreiche Manieren. Hier aufgenommen 24. VI. 07. Sie wird hier ständig zugänglicher, arbeitslustig; immer ruhig und fügsam. Es bleibt leichte Affektstumpfheit. Entlassen von hier nach einem Monat. Bisher Befinden anhaltend günstig. Patient versieht die vor der Krankheit eingenommene Dienststelle.

3. Die 1886 geborene ledige Dienstmagd L. S., die eine gute Schülerin war, erkrankte ziemlich akut ohne erkennbare Ursache an Unruhe, Launenhaftigkeit, unmotiviertem Lachen und Weinen. Sie wurde am 5. III. 07 in die Klinik aufgenommen, war dort anfangs bei gleichgültiger Stimmung zerfahren, umständlich, im Reden geziert; später wurde sie heiter erregt, dabei geschwätzig und läppisch. In der Folgezeit zeigte sie zunehmende affektive Verblödung und läppisches Benehmen, sie war gleichgültig bei der Nachricht vom Tode der Mutter, antwortet nur noch mit stumpfem Lächeln, ist unreinlich, zerreißt Kleider. Am 16. VI. 08 wurde sie nach Emmendingen überwiesen, bot anfangs hier ein stumpf-euphorisches Verhalten, wurde aber zusehends freier und lebhafter, zeigte allmählich zunehmendes Interesse, war fleißig bei der Arbeit, geordnet, derartig, daß sie am 30. IX. ohne Ausfallserscheinungen entlassen werden konnte.

4. Der 1881 geborene, ursprünglich normale und gut veranlagte K. D. erkrankte Ende Mai 1907 ohne erkennbare Ursache subakut mit Wahnideen und Sinnestäuschungen, die schnell zu einer „Tobsucht“ führten, so daß er am 11. VI. in die Klinik aufgenommen werden mußte. Neben triebartigen sinnlosen Handlungen bot er ein zerfahrenes Wesen mit zahlreichen Grimassen, Bizarrerien und Stereotypieen. Dabei äußerte er hypochondrische Ideen und hatte ein gewisses Krankheitsgefühl; er war schwer fixierbar. Nach Emmendingen am 10. IX. 07 versetzt. Bei der Untersuchung erschien er hier fügsam und besonnen, aber stumpf-dement, machte viel Grimassen. Nach mehreren schweren verworrenen motorischen Erregungszuständen, die er hier durchmachte, trat Anfang 1908 ziemlich rasche Entschleierung und Beruhigung ein; er war fleißig bei der Feldarbeit, ruhig, höflich, geordnet. Nur blieb eine gewisse Unbeholfenheit in Ausdrücken beim Sprechen und Schreiben und geringe Affektstumpfheit zurück. In diesem Zustande wurde er im Dezember 1908 entlassen.

Gegenüber den ersten 3 Fällen, bei welchen die Zeichen der läppischen Heiterkeit und Zerfahrenheit, der Affektstumpfheit bei erhaltener Besonnenheit, in den ersten beiden Fällen auch des Negativismus den ganzen Krankheitsverlauf bis zum Eintritt der Besserung beherrschten, bietet der letzte Fall ein anderes Bild dadurch, daß mehrere ausgesprochene impulsive Erregungszustände eingeschoben sind. Die große Ähnlichkeit besteht jedoch in dem auch in freieren, ruhigen Momenten hervortretenden zerfahrenen, affektiv dementen Verhalten, dem Auftreten von zahlreichen Grimassen. Ein gewisser Gegensatz gegenüber der

mehr allmählichen, aber stetig zunehmenden Besserung der anderen Fälle findet sich hier auch in der ziemlich raschen Aufhellung aus verworren-erregtem Zustande. Die Bestätigung der Diagnose Katatonie ergibt sich hier (wie in Fall 1 und 2) aus dem, wenn auch leichten, doch unzweifelhaft vorhandenen affektiven und intellektuellen Defekt. Fall 3 heilte zwar ohne Ausfallserscheinungen, doch war der ganze Krankheitsverlauf derartig typisch, daß eine Abtrennung von der Katatonie etwa im Sinne eines manisch-depressiven Mischzustandes nicht möglich ist; dagegen spricht besonders das läppisch-stumpfe, manierierte Wesen bei anscheinend gut erhaltener Besonnenheit. Auch die Hysterie kommt hier, zumal Stigmata fehlen, differentialdiagnostisch wohl nicht in Frage.

Wir sehen also hieraus, daß auch das Auftreten jener Symptome, welche bei den irreparablen Verblödungen hervorstehen, insbesondere auch Affektstumpfheit und zerfahrener Gedankengang, bisweilen noch eine erhebliche Besserung zuläßt.

Die noch ausstehenden vier günstig verlaufenden Fälle zeigten weder früh auftretende Stupor- noch ausgesprochen impulsive Erregungszustände, sondern ein wechselndes Bild von bald mehr ängstlicher, bald läppischer Erregtheit mit Negativismus, in einem Falle durch stuporöse Zustände unterbrochen, in einem andern mit zeitweiliger schwererer Verwirrtheit einhergehend, kombiniert mit verschiedenen katatonen Symptomen: Katalepsie, Echokinesien, Verbigerieren, Manieren, Grimassen und Posen, Stereotypien. In einem Falle trat das Abklingen der Erregung auffallend schnell, in wenigen Tagen, ein; in den übrigen besserte sich der Zustand allmählich.

B. Verfolgen wir auf der andern Seite nun den Verlauf derjenigen Fälle, bei welchen nach Ablauf

der akuten Krankheitserscheinungen ein aller Berechnung nach bleibender schwerer Defektzustand gesetzt ist, welche also schon längere Zeit hindurch schweren, bald mehr apathischen, bald mehr faslig agitierten Blödsinn aufweisen, oft in ihrer Unzugänglichkeit die Reste des früheren Negativismus widerspiegelnd, oder bei denen die jahrelang ungelöste Muskelstarre die Besserung höchst unwahrscheinlich gemacht hat (s. o.), so sehen wir folgendes:

Unter 21 Fällen, welche hier geprüft werden konnten, fanden sich niemals rasch verlaufende impulsive Erregungszustände, dagegen sah man Stupor, meist mit ausgesprochenem katatonen Symptomenkomplex, in 5 Fällen. Akuter Beginn mit Stupor zeigte sich nie, doch bildete in 3 Fällen der Stupor im klinischen Verlauf von vornherein das Hauptsymptom, während er in 2 Fällen sich allmählich aus anfänglich zugänglichem, ängstlichem Wesen entwickelte. Der Ausgang war in 3 Fällen einfacher apathischer Blödsinn, dagegen verharren zwei Kranke in negativistischer Starre.

Wechsel zwischen impulsiver Erregung und Stupor bestand in 5 Fällen. Der Ausgang war in 2 Fällen apathischer Blödsinn, in den übrigen 3 Fällen faslige agitierte oder mit negativistischer Muskelstarre verbundene Verblödung.

10 weitere Fälle boten bei erhaltener Besonnenheit (Auffassungsfähigkeit und Orientiertheit) von Anfang an fortschreitende Zeichen der affektiven Verblödung. Daneben war in 3 Fällen Negativismus besonders ausgesprochen, in andern Fällen traten bald schwachsinnige Wahnideen, Halluzinationen auf allen Sinnesgebieten, läppisch-zerfahrenes Wesen, feststehende Manieren und Stereotypieen daneben mehr oder weniger hervor. Ein von Haus aus schwach-

sinniger Kranker, der seit Jahren Halluzinationen und Beeinträchtigungsideen hatte, war von Anfang an völlig blöd-zerfahren bei ungetrübter Auffassung; daneben bestanden Katalepsie, Manieren, Danebenreden, später Stereotypien, „Schnauzkrampf"; dieser wurde ganz mutazistisch ungeheilt in die Kreispflegeanstalt entlassen, in welcher er noch geringe mechanische Arbeitsfähigkeit erlangt hat.

Zuletzt möge noch ein Fall hervorgehoben werden, welcher eine Besonderheit in seinem Krankheitsverlauf zeigt: Beginn mit Delirium am 6. Tage einer Pneumonie; Pat. wurde nach sechsmonatiger Krankheit, nachdem er vorher in andern Anstalten gewesen war, der Freiburger Klinik zugewiesen, bot dort — symptomatisch — einen halluzinatorisch-paranoiden Erregungszustand mit impulsiven Handlungen. Auch hier hatte er mehrere schwere impulsive Erregungszustände, fiel aber alsbald durch Gedankenarmut, Affektstumpfheit, später auch manieriertes Sprechen auf und geriet allmählich in schwere affektive Verblödung. Der jetzige Zustand des Patienten ist völlig der eines schwer kataton Verblödeten, so daß wir wohl diesen Fall nicht als einen Schwächezustand nach einer Infektionspsychose, sondern als Katatonie zu deuten haben. Auch Kraepelin (2) erwähnt das Auftreten katatoner Erregungen im Anschluß an Pneumonie.

C. Überblicken wir nun noch 11 Fälle mit mittlerer Demenz, bei denen zwar die schwersten Grade der Verblödung nicht erreicht sind, aber der Krankheitsprozeß doch eine tiefgreifende Wesensänderung hervorgerufen hat, also Fälle, welche nach der Kraepelinschen Einteilung besonders der einfachen Verblödung, dem Schwachsinn mit Sprachverwirrtheit und halluzinatorischem Schwachsinn entsprechen, so finden wir

hier einmal eine akut entstandene impulsive Erregung. Stupor, einmal von Anfang an Hauptsymptom, das andere Mal nach anfänglich depressiv-negativistischem Verhalten allmählich entstehend, bestand in 2 Fällen. Einmal entstand halluzinatorischer Schwachsinn mit periodisch rekurrierenden Erregungszuständen, das andere Mal einfache Verblödung.

6 Fälle zeigten von Anfang an bei erhaltener Besonnenheit in wechselnd starkem Hervortreten Negativismus, Affektstumpfheit, Halluzinationen und abenteuerliche Wahnideen oder mehr läppisch-zerfahrenes Wesen mit Grimassen und Stereotypien.

In zwei Fällen endlich ließ sich nach anfänglichen katatonen Symptomen (stumpf-läppisches Benehmen nach vermutlich vorausgegangenem Stupor resp. Negativismus mit Grimassen, Stereotypien, Phonemen bei erhaltener Besonnenheit) eine fortschreitende Entwicklung von Wahnideen, gestützt durch zahlreiche Halluzinationen (besonders Sensationsanomalien und Phoneme), konstatieren, derartig, daß wir den jetzigen Endzustand nach der Kraepelinschen Einteilung als „halluzinatorische Verrücktheit“ bezeichnen können. Bei deutlicher Urteilsschwäche und besonders auffallender Gleichgültigkeit, fehlendem Einfluß der Wahnideen auf das Handeln der Kranken findet sich ein besonnenes, geordnetes Wesen und ein ausgebauter Wahn mit Verharren in den gleichen Wahnideen.

Fassen wir nun die Resultate, die wir bei Vergleich des klinischen Verlaufes gewonnen haben, zusammen, so ergibt sich:

I. Am günstigsten verliefen die ausgesprochenen impulsiven Erregungszustände; der hier resultierende Defekt war meist gering.

II. Ausgesprochener Stupor oder Wechsel zwischen Stupor und Erregung impulsiver Natur verlief

ebenso häufig günstig wie ungünstig. Die negativistische Muskelstarre des Stupors hielt in mehreren Fällen an, obwohl ein anscheinend irreparabler schwerer Defektzustand eingetreten war.

III. Die Fälle, welche von vornherein bei intakter Besonnenheit die Zeichen der Affektstumpfheit, Zerfahrenheit, des Negativismus, Manieren, Stereotypien boten, führten häufiger zu einem erheblichen Grade geistiger Schwäche; doch zeigten verschiedene Kranke mit diesen Symptomen auch noch eine erhebliche Besserung.

Im wesentlichen bestätigen diese Ergebnisse also frühere Befunde (Kraepelin, Raecke, E. Meyer). Doch wird die praktische Bedeutung dieser Resultate erheblich vermindert dadurch, daß eben ein verhältnismäßig hoher Prozentsatz der Fälle in unberechenbarer Weise einen der Norm widersprechenden Ausgang nimmt.

Es lassen sich nun die Ergebnisse der Arbeit folgendermaßen zusammenfassen:

Die anfänglich gestellte Diagnose der Katatonie wurde in den meisten Fällen durch den weiteren Verlauf und den Ausgang bestätigt. Vier Fälle sonderten sich im Sinne des manisch-depressiven Irreseins ab. Die hauptsächlichsten katatonen Symptome in diesen Fällen waren Befehlsautomatie, Manieren und Stereotypien. Die Diagnose ließ sich hier erst nach längerer Zeit, und zwar nach Eintritt der Beruhigung und Besonnenheit, stellen; Negativismus und Affektstumpfheit waren dann nicht mehr zu konstatieren. In einem Falle ergibt sich die Diagnose aus dem rein manischen Charakter der Erregungsphase.

Von den 71 Fällen, welche im Bilde der Katatonie verliefen, konnten zwei ohne Ausfallserscheinungen geheilt entlassen werden.

Fast geheilt, d. h. sozial vollwertig, konnten außerdem 9 Fälle entlassen werden (zweimal Besserung nach Entlassung). Die übrigen Kranken, bei denen der Krankheitsschub abgeschlossen ist, gerieten in einen leichten (dreizehnmal) oder höheren Grad geistiger Schwäche.

Wenn auch die meisten Katamnesen sich auf eine relativ kurze Zeit erstrecken, wird man doch besonders in den günstigen Fällen ein gewisses Anhalten der Besserung anerkennen. Es ist außerdem bemerkenswert, daß besonders in den leichten Fällen die Versetzung in die familiären Verhältnisse hauptsächlich für die Wiedererweckung der gemütlichen Regsamkeit von günstiger Wirkung war.

Was die Beziehungen der Heredität, der Art des Krankheitsbeginnes, des klinischen Verlaufes, des Vorlebens zum Ausgang betrifft, so zeigten sich die andererseits gefundenen Ergebnisse im wesentlichen bestätigt: Erbliche Belastung gibt vielleicht eine Disposition für die Entstehung der Katatonie, ist aber ohne Einfluß auf den Verlauf. Debilität verschlechtert die Prognose, Charaktereigentümlichkeiten, die mehr auf dem Gebiete des Affektlebens liegen, wie Eigensinn, Reizbarkeit etc. sind bedeutungslos. Die akut entstandenen und schnell verlaufenden Erregungs- und Stuporzustände verlaufen meist günstiger als die langsam mit Wahnideen oder Verblödung beginnenden, welche bei klarer Besonnenheit von vornherein Affektstumpfheit und Zerfahrenheit, Negativismus, Manieren und Stereotypien haben. Aber auch dann ist eine weitgehende Besserung möglich. Häufig nimmt die Krankheit einen ganz unvorhergesehenen,

unerwarteten Verlauf. Ein sicheres Kennzeichen, den Ausgang der Katatonie von vornherein mit großer Wahrscheinlichkeit zu bestimmen, gibt es bisher nicht.

Zum Schluß möchte ich mir gestatten, Herrn Geh. Hofrat Prof. Dr. Hoche für Überlassung des Themas und ihm wie Herrn Geh. Medizinalrat Dr. Haardt-Emmendingen für Überlassung der Krankengeschichten bzw. der Katamnesen meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

1. Aschaffenburg, Die Katatoniefrage. Vortrag, gehalten auf der 28. Vers. d. südwestd. Irrenärzte, Karlsruhe, 1897.
2. Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VI. Auflage 1899; — VII. Aufl. 1904.
3. Jahrmärker, Zur Frage der dementia praecox. Eine Studie. Halle 1903.
4. Wilmanns, Zur Differentialdiagnose der funktionellen Psychosen. Zentralbl. f. Nervenk. u. Psychiatrie, N. F. XVIII, p. 570 ff.
5. Thomsen, Dementia praecox und man.-depressives Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 64, S. 631 ff.
6. Raecke, Zur Prognose der Katatonie. Jahresvers. d. dtsch. V. f. Psych., Berlin 1905.
7. E. Meyer, Zur prognostischen Bedeutung der katatonischen Erscheinungen. Münch. med. Wochenschr. 1903, Nr. 32.
   Idem. Die Prognose der dem. praec. Jahresvers. d. dtsch. V. f. Psych., Berlin 1908.
8. Die Prognose der dementia praecox (Schizophreniegruppe). Referat der Jahresversammlung des dtsch. Vereins für Psychiatrie. Referenten: Jahrmärker und Bleuler.
9. Wolfsohn, Die Heredität bei dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 64, S. 347 ff.
10. Zablocka, Zur Prognosestellung bei der dementia praecox. Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 65, S. 318 ff.

Lebenslauf.

Geboren bin ich, Felix Stern, ev. Konfession, am 5. April 1884 zu Gr.-Glogau als Sohn des weiland Dr. med. Sylvius Stern, späteren Kreisphysikus in Wollstein. Ich besuchte zuerst die Volksschule zu Raudten in Schlesien, dann das Kgl. Wilhelms-Gymnasium zu Berlin von 1893 ab bis zu der Mich. 1902 vollendeten Reifeprüfung und widmete mich dann an der Universität Berlin dem Studium der Medizin. Ich vollendete dort Ostern 1905 die ärztliche Vorprüfung und am 10. Januar 1908 die ärztliche Staatsprüfung. Während meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: Blumreich, Borchardt, Bumm, Engelmann, Ficker, E. Fischer, B. Fraenkel, Greeff, O. Hertwig, Heubner, Hildebrand, Klapp, Lewin, v. Leyden, E. Meyer, Olshausen, Orth, Passow, Pick, Rubner, F. E. Schulze, Schwendener, Senator, Stoeckel, F. Straßmann, Strauß, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg. Ziehen. Das praktische Jahr leistete ich vom 15. II.—1. X. 1908 auf der inneren Abt. des städt. Krankenhauses in Görlitz und vom 1. X. 08—15. II. 09 an der Gr. Bad. Heil- und Pflegeanstalt b. Emmendingen ab.